

Santeri Kuivanen

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden avomuotoinen kuntoutus Päijät-Hämeen alueella

Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tammikuu 2020

TIIVISTELMÄ

Santeri Kuivanen: Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden avokuntoutus Päijät-Hämeessä
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen lisensiaatin tutkinto-ohjelma
Tammikuu 2020

Ohjaaja: dos., el Marja Mikkelsson

Alkuperäistutkimus, josta julkaistu tieteellinen artikkeli Lääkärilehdessä 4.10.2019 40/2019.

Retrospektiivisessä rekisteritutkimuksessa tarkastellaan vuonna 2013 Päijät-Hämeen keskussairaalaan tulleiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (diagnoosit I60-64) avokuntoutustietoja sairastumisen jälkeisen vuoden ajalta.

Tutkimuksessa verrattiin Päijät-Hämeen alueen neljän peruspalvelukeskuksen toimintaa: Aava, Oiva, Lahti ja Heinola. Tutkimukseen osallistuneista 512 henkilöstä 344 (67 %) kotiutui seurantavuoden aikana joko erikoissairaanhoidosta, neurologiselta kuntoutusosastolta tai terveyskeskusten vuodeosastoilta. Kerättäviä tietoja olivat mm. hoitoaika osastoilla, suositus avokuntoutukseen, kuntoutuksen muodot ja niiden toteutuminen sekä aika kotiutumisesta avokuntoutuksen alkamiseen. Kotiutumisen jälkeistä toimintakykyä arvioitiin ensimmäisellä vastaanottokäynnillä kirjattujen potilastietojen perusteella modified Rankin Scalen (mRS) avulla.

Suosituksen avokuntoutukseen sai 34 % kotiutuneista potilaista, ja suosituksen saaneista 75 % aloitti kuntoutuksen. Sairastumista seuranneen vuoden aikana 38 % potilaista sai avokuntoutusta. Kuntoutuksen alkamisajankohdassa havaittiin alueittain selvää vaihtelua (mediaani 5–56 vrk).

Avokuntoutusta saaneiden osuus vastasi melko hyvin Aivoliiton suositusta pitkäaikaisesta kuntoutuksesta. Kuntoutuksen aloittaneita oli enemmän kuin suosituksen saaneita, joten todennäköisesti suosituksia jää kirjaamatta. Osalla kuntoutus käynnistyy liian hitaasti. Palvelujen kehittäminen vaatii yhdenmukaisia hoito- ja kuntoutusketjuja.

Tutkimus on osa suurempaa hanketta, jonka tarkoituksena on kartoittaa aivoverenkiertohäiriöiden hoitoketjua Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän alueella.

Avainsanat: Aivoverenkiertohäiriö, aivoinfarkti, lukinkalvonalainen verenvuoto, subduraalivuoto, aivoverenvuoto, kuntoutussuositus, avokuntoutus, moniammatillinen kuntoutus

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

SISÄLLYSLUETTELO:

Tiivistelmä.....1

Aineisto ja menetelmät.....1

Tulokset.....2

Pohdinta.....3

English summary.....5

SANTERI KUIVANEN

LK
Tampereen yliopisto, lääketieteen
ja biotieteiden tiedekunta

MARJA MIKKELSSON

dosentti, fysiatrian erikoislääkäri,
tulosaluejohtaja, kuntoutus
Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymä

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden avokuntoutus Päijät-Hämeessä

LÄHTÖKOHDAT Kotiutuvat, kuntoutusta tarvitsevat aivoverenkiertohäiriöpotilaat hyötyvät lääkinnällisestä kuntoutuksesta ainakin vuoden ajan sairastumisen jälkeen. Selvitimme avokuntoutuksen toteutumista Päijät-Hämeessä.

MENETELMÄT Retrospektiivisessä rekisteritutkimuksessa tarkasteltiin vuonna 2013 Päijät-Hämeen keskussairaalaan tulleiden aivoverenkiertohäiriöpotilaiden sairastumista seuranneen vuoden tietoja.

TULOKSET Suosituksen avokuntoutukseen sai 34 % kotiutuneista potilaista, ja suosituksen saaneista 75 % aloitti kuntoutuksen. Sairastumista seuranneen vuoden aikana 38 % potilaista sai avokuntoutusta. Kuntoutusta joutui odottamaan alueittain vaihtelevasti (mediaani 5–56 vrk).

PÄÄTELMÄT Avokuntoutusta saaneiden osuus vastasi melko hyvin Aivoliiton suositusta. Kuntoutuksen aloittaneita oli enemmän kuin suosituksen saaneita, joten todennäköisesti suosituksia jää kirjaamatta. Osalla kuntoutus käynnistyy liian hitaasti. Palvelujen kehittäminen vaatii yhdenmukaisia hoito- ja kuntoutusketjuja.

KIRJALLISUUTTA

- Langhorne P, Duncan P. Does the organization of postacute stroke care really matter? *Stroke* 2001;32:268–74.
- Renning OM, Guldvog B. Outcome of subacute stroke rehabilitation: a randomized controlled trial. *Stroke* 1998;29:779–84.

Aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuneiden potilaiden mahdollisimman varhaisessa vaiheessa aloitettu toimintakykyä edistävä kuntoutus moniammatillisessa kuntoutusyksikössä on vaikuttavaa toimintaa (1–6). Kotiutuvien potilaiden toimintakykyä voidaan ylläpitää ja parantaa avokuntoutuksella ainakin vuoden ajan. Kuntoutus-

Tässä tutkimuksessa pyrittiin selvittämään, onko avokuntoutuksen suositamisessa ja kuntoutuksen toteutumisessa Päijät-Hämeen peruspalvelukeskuksissa eroja. Tutkimus on osa suurempaa hanketta, jonka tarkoituksena oli kartoittaa aivoverenkiertohäiriöiden hoitoketjua Päijät-Hämeen hyvinvointiyhtymän alueella (10,11).

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa verrattiin Päijät-Hämeen alueen neljän peruspalvelukeskuksen toimintaa: Aava, johon kuuluivat Orimattila, Pukkila, Myrskylä, Iitti, Nastola, Sysmä ja Hartola (väestöpohja 49 573 henkilöä vuonna 2013), Oiva, johon kuuluivat Hämeenkoski, Kärkölä, Padasjoki, Hollola ja Asikkala (40 512), sekä Lahti (103 364) ja Heinola (19 979).

Tutkimus tehtiin retrospektiivisesti erikoissairaanhoidon ja peruspalvelukeskusten potilasrekisteritiedoista. Tutkimuslupa saatiin Päijät-Hämeen keskussairaalan johtajalta. Tutkimussuunnitelma lähetettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin eettiseen toimikuntaan lausuntoa varten. Toimikunnan mukaan tutkimus ei edellyttänyt erillistä lupaa eikä se nähty esteitä tutkimuksen suorittamiseen.

Tiedot kerättiin vuoden 2013 aikana Päijät-Hämeen keskussairaalaan tulleista potilaista,

Kuntoutuksen tarpeen ennustetaan kasvavan tulevaisuudessa.

- Jorgensen HS, Kammergaard LP, Houth J ym. Who benefits from treatment and rehabilitation in a stroke Unit? A community-based study. *Stroke* 2000;31:434–9.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD000197.
- Hurskainen K, Huusko T, Ylinen J. Kuntoutusvuodeosastot erikoissairaanhoidossa. *Suom Lääkäril* 2006;10:1135–41.
- Pereira S, Graham JR, Shahabaz A ym. Rehabilitation of individuals with severe stroke: synthesis of best evidence and challenges in implementation. *Top Stroke Rehabil* 2012;19:122–31.



VERTAISARVIOITU
KOLLEGIALLT GRANSKAD
PEER-REVIEWED
www.tsv.fi/tunnus

ta voidaan järjestää kotona tai yksilö- tai ryhmäkäynneillä fysio-, puhe- tai toimintaterapeutin tai neuropsykologin luona. Kuntoutuksen tarve ja hoitomuoto määräytyvät aivovaurion vaikeusasteen ja kuntoutujan toimintakyvyn mukaan. Tavoitteet laaditaan yhdessä kuntoutujan kanssa moniammatillisesti, ja kuntoutussuunnitelmaan kirjataan niiden mukaiset toimenpiteet (7).

Helsingistä tutkimuksessa vähintään puolet työikäisistä aivoinfarktipotilaista tarvitsi moniammatillista kuntoutusta. Tarpeen ennustetaan kasvavan tulevaisuudessa työtehtävien kognitiivisten vaatimuksien takia (8). Myös iäkkäät potilaat hyötyisivät kuntoutuksesta, mutta suomalaisen selvityksen mukaan heillä on siihen huomattavasti suurempi mahdollisuus kuin nuoremmilla (9).



TAULUKKO 1.

Kotiutuneiden potilaiden (n = 344) perustiedot

	Erikoissairaanhoidosta kotiutuneet n = 172	Kuntoutusosastolta kotiutuneet n = 84	Terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutuneet n = 88	p-arvo
Miehiä, n (%)	92 (53)	39 (46)	49 (56)	0,44
Ikä, ka (SD), v	69 (14)	74 (11)	77 (10)	< 0,001
Diagnoosi, n (%)				0,002
I60 Lukinkalvonalainen verenvuoto	11 (6)	3 (4)	2 (2)	
I61 Aivoverenvuoto	8 (5)	15 (18)	8 (9)	
I62 Subduraalivuoto	3 (2)	0 (0)	6 (7)	
I63 Aivoinfarkti	150 (87)	66 (79)	72 (82)	
Aika sairastumisesta kotiutumiseen, mediaani (kvartiiliväli), vrk	4 (2–5)	34 (17–70)	17 (10–28)	< 0,001
Suositus avokuntoutukseen, n (%)	38 (22)	48 (57)	32 (36)	< 0,001
kuntoutuksen aloitti, n	26	34	28	
Aika kotiutumisesta avokuntoutuksen alkamiseen, mediaani (kvartiiliväli), vrk	5 (4–7)	56 (25–105)	19 (11–30)	< 0,001



TAULUKKO 2.

Avokuntoutuksen muodot

	Erikoissairaanhoidosta kotiutuneet n = 172	Kuntoutusosastolta kotiutuneet n = 84	Terveyskeskuksen vuodeosastolta kotiutuneet n = 88	p-arvo
Sai avokuntoutusta, n (%)	46 (27)	45 (54)	44 (50)	< 0,001
Avokuntoutus, n (%)				
Fysioterapia	34 (20)	39 (46)	42 (48)	< 0,001
Toimintaterapia	9 (5)	13 (15)	12 (14)	0,014
Puheterapia	8 (5)	5 (6)	6 (7)	0,75
Neuropsykologinen kuntoutus	10 (6)	7 (8)	3 (4)	0,39
Sai avokuntoutusta kotona	10 (6)	22 (26)	20 (23)	

7 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Aivoinfarkti. Käypä hoito -suositus 1.11.2016. www.kaypahoito.fi

jotka olivat sairastuneet akuuttiin aivoverenkiertohäiriöön (diagnoosit I60–64). Alkuperäisen aineiston 512 potilaasta kerättiin avokuntoutustiedot sairastumista seuranneen vuoden ajalta. Kerättäviä tietoja olivat mm. hoitoaika osastoilla, suositus avokuntoutukseen, kuntou-

tuksen muodot ja niiden toteutuminen sekä aika kotiutumisesta avokuntoutuksen alkamiseen. Kotiutumisen jälkeistä toimintakykyä arvioitiin ensimmäisellä vastaanottokäynnillä kirjattujen potilastietojen perusteella modified Rankin Scalén (mRS) avulla (12).

Tilastolliset analyysit tehtiin IBM SPSS Statistics 25 -ohjelmalla. Tulokset esitetään keskiarvoina, keskihajontalukuina, mediaaneina ja kvartiiliväleinä (KV). Ryhmien välisiä eroja testattiin χ^2 -testillä ja Fisherin tarkalla testillä.

Tulokset

Tutkimukseen osallistuneista 512 henkilöstä 344 (67 %) kotiutui seurantavuoden aikana joko erikoissairaanhoidosta, neurologiselta kuntoutusosastolta tai terveyskeskusten vuodeosastoilta. Niistä 168 henkilöstä, jotka eivät kotiutuneet, 34 (7 %) siirtyi pitkäaikaishoittoon, 105 (20 %) kuoli ja loput siirtyivät erikoissairaanhoidon tai johonkin muuhun hoitopaikkaan. Erikoissairaanhoidosta kotiutuneet olivat nuorempia kuin neurologiselta kuntoutusosastolta tai terveyskeskusten vuodeosastoilta kotiutuneet (taulukko 1).

Yleisin kuntoutuksen syy jokaisessa hoitoyksikössä oli aivoinfarkti. Jatkokuntoutusta tarvitsevien hoitoaika oli pisin neurologisella kuntoutusosastolla (34 vrk), kaksi kertaa pidempi kuin terveyskeskusten vuodeosastoilla (taulukko 1).

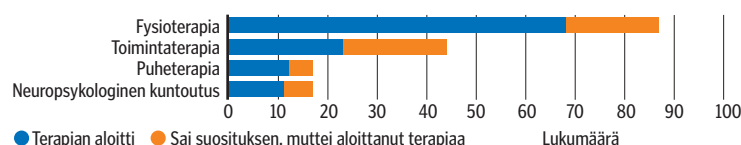
Kaikista kotiutuneista 118 (34 %) sai jonkin kuntoutussuosituksen. Neurologiselta kuntoutusosastolta kotiutuneista suosituksia sai suurempi osa (57 %) kuin terveyskeskusten vuodeosastoilta (36 %) tai erikoissairaanhoidosta (22 %) kotiutuneista ($p < 0,001$). Terveyskeskusten vuodeosastoilla avokuntoutussuosituksen saaneet potilaat aloittivat kuntoutuksen kotiutumisen jälkeen useammin kuin muiden yksiköiden potilaat (taulukko 1).

Kotiutuneista potilaista 135 (39 %) aloitti jonkin avokuntoutuksen (taulukko 2). Erikoissairaanhoidosta kotiutuneista avofysioterapiaa sai pienempi osa (20 %) kuin neurologiselta kuntoutusosastolta ja terveyskeskusten vuodeosastoilta kotiutuneista (46 % ja 48 %) ($p < 0,001$). Myös toimintaterapiaan ohjattiin potilaita harvimmalla erikoissairaanhoidosta. Puheterapiaan ja neuropsykologiseen kuntoutukseen ohjattiin yksittäisiä potilaita kaikista hoitopaikoista. Erikoissairaanhoidosta kotiutuneet pääsivät avo-



KUVIO 1.

Avokuntoutukseen suosituksen saaneet ja kuntoutuksen aloittaneet



- 8 Uimonen J, Poutiainen E, Mustanoja S. Työikäisten aivoinfarktipotilaiden lääkinällinen kuntoutus pääkaupunkiseudulla Suom Lääkäril 2014;69:1721–6.
- 9 Takala T, Peurala SH, Erilä T, Huusko T, Viljanen T, Ylinen A, Sivenius J. Aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa suuria vaihteluita: Selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista Suomessa. Suom Lääkäril 2010;65:399–405.

kuntoutukseen merkitsevästi nopeammin kuin muut (taulukko 1).

Osalla potilaista avokuntoutus alkoi, vaikka sairauskertomuksista ei löytynyt kirjattua suositusta. Erikoissairaanhoidosta kotiutuneita ja avokuntoutuksen ilman suosituksia aloittaneita potilaita oli 20 (12 %), neurologiselta kuntoutusosastolta kotiutuneita 11 (13 %) ja terveyskeskusten vuodeosastolta kotiutuneita 16 (18 %).

Avokuntoutusta suositeltiin eniten neurologiselta kuntoutusosastolta.

- 10 Curiqueo Tarnanen R, Mikkelsen M. Kuntoutussuositukset aivoverenkiertohäiriön jälkeen Päijät-Hämeen keskussairaalassa. Suom Lääkäril 2017;72:431–6.
- 11 Kemppe V, Laimi K, Mikkelsen M. Moniammatillinen kuntoutus aivoverenkiertohäiriön jälkeen Päijät-Hämeessä. Suom Lääkäril 2017;72:437–41.
- 12 Van Swieten JC, Koudstaal PJ, Visser MC, Schouten HJ, van Gijn J. Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients. Stroke 1988;19:604–7.
- 13 Koskinen M. AVH:n sairastaneiden kuntoutuksen ohjautuminen ja kuntoutuksen toteutuminen 2013–2015. AVH-kuntoutuksen seuranta tutkimuksen loppuraportti. Aivoliitto ry:n julkaisusarjan raportti 11, 2016.
- 14 Jan S, Essue B.M, Glozier N, Lindley R, Li Q, Hackett M. Are rehabilitation services following stroke accessed equitably in Australia?: findings from the psychosocial outcomes in stroke (POISE) cohort study. BMC Public Health 2013;13:884.

Fysioterapia alkoi 78 %:lla niistä, joille sitä suositeltiin (kuviio 1). Puheterapiaa sai 70 %, neuropsykologista kuntoutusta 71 % ja toimintaterapiaa 52 % suosituksen saaneista.

Suosittelut avokuntoutukselle toteutuivat pienemmissä peruspalvelukeskuksissa paremmin kuin suurimmassa kaupungissa. Heinolassa suositelluista terapeutoista aloitettiin 89 %, peruspalvelukeskus Aavassa 85 %, peruspalvelukeskus Oivassa 82 % ja Lahdessa 67 %. Ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0,159$).

Aivoverenkiertohäiriön jälkeistä toimintakykyä pystyttiin arvioimaan vain alle puolelta aineiston potilaista ($n = 149$, 44 %) (taulukko 3). Suhteellisesti eniten kuntoutussuosituksia (48 %) saivat liikkumiskykyiset potilaat (mRS 3), jotka kuitenkin olivat päivittäisen avun tarpeessa. Toiseksi eniten avokuntoutussuosituksia (42 %) saivat potilaat, joilla jännösoireista huolimatta oli säilynyt itsenäiseen elämiseen riittävä toimintakyky (mRS 2). Avustettuna kävelevistä, jatkuvan avun tarpeessa olevista potilaista (mRS 4) 31 % sai avokuntoutussuosituksia.

Pohdinta

Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden hoito- ja kuntoutusketjun toteutumista Suomessa on sairauden yleisyyteen ja taloudelliseen menetykseen nähden tutkittu vähän (8,9,13). Tässä tutkimuksessa selvitettiin tilannetta Päijät-Hämeessä.

Sairastumista seuranneen vuoden aikana 67 % sairastuneista kotiutui ja heistä 63 % sai kuntoutusta akuuttihoiton jälkeen joko kuntoutusosastolla, terveyskeskuksen vuodeosastolla tai avohoidossa. Kuntoutusta saaneiden osuus vastaa australialaisen tutkimuksen tulosta, jossa vuoden sisällä sairastumisesta 61 % sai fysio- tai puheterapiaa (14).

Pääkaupunkiseudun työikäisistä aivoinfarktipotilaista 95 % sai avokuntoutusta laitoskuntoutuksen jälkeen (8). Tässä kaikki ikäryhmät kattavassa tutkimuksessa potilaista 38 % ohjattiin avokuntoutukseen erikoissairaanhoidon tai osastokuntoutuksen jälkeen. Tämä voi tarkoittaa sitä, että kuntoutuksen tavoitteet on saavutettu aikaisemmin, tai sitä, että kuntoutuksen tarve arvioidaan kriittisemmin. Kriittisempään arvioon voivat vaikuttaa esimerkiksi terapiaressurssien alimitoitus ja riittämättömät ostopalvelumäärärahat.

Kuntoutusosastolla hoitojakson keskimääräinen pituus (mediaani 34 vrk) oli lähes sama kuin työikäisillä aivoinfarktipotilailla (keskiarvo 36 vrk) (8), mutta terveyskeskusten vuodeosastojen hoitojaksojen keskimääräinen pituus oli tutkimuksemme lyhyempi (17 vrk). Terveyskeskusten vuodeosastoille ohjattiin vain sellaisia potilaita, joilla ei ollut puheterapian tai neuropsykologisen kuntoutuksen tarvetta tai joilla ei ollut edellytyksiä kuntoutua.

Avokuntoutusta suositeltiin eniten neurologiselta kuntoutusosastolta, jossa oli erityisesti moniammatillista kuntoutusta tarvitsevia potilaita. Avokuntoutukseen tuli myös potilaita, joiden sairauskertomuksesta ei löytynyt kirjattua suositusta. Osa kuntoutujista on voinut siirtyä avokuntoutukseen siten, että kuntoutuksesta vastaava terapeutti tai neuropsykologi on ottanut puhelimitse yhteyttä ja sopinut jatkohoidosta kirjaamalla sitä. Suositus on voinut tulla myös terveyskeskuslääkäriltä seurantakäynnin yhteydessä tai yksityislääkäriltä. Tutkimuksessa on mukana maksusitoumuksella myönnetty terapiat yksityissektorille, mutta ei niitä kuntoutuksia, joihin potilas on saattanut hakeutua omatoimisesti.



TAULUKKO 3.

Kuntoutussuosituksia saaneet toimintakykyluokittainmRS = modified Rankin Scale (12)¹

	mRS 0 (n = 19)	mRS 1 (n = 141)	mRS 2 (n = 26)	mRS 3 (n = 33)	mRS 4 (n = 26)	mRS 5 (n = 4)
Kuntoutussuosituksia saaneiden osuus, %	21	27	42	48	31	25

¹ Toimintakyky arvioitiin mukaan ensimmäisen kotiutumisen jälkeisen vastaanoton kirjaustietojen perusteella.

mRS 0 = täysin oireeton,

1 = lieviä jännösoireita,

2 = selviää kuten aiemmin, mutta on joutunut luopumaan joistakin toiminnoista,

3 = tarvitsee hieman apua, mutta kävelee ilman tukea tai apuvälineen avulla,

4 = kävelee avustettuna, jatkuva avun tarve ja

5 = vuodepotilas ja/tai pädätskyvytön.

15 Aivoliitto ry:n kotisivut. Kuntoutu-
minen. Kuntoutuksen tarve ja
pituus vaihtelevat. (siteerattu
29.12.2018). [www.aivoliitto.fi/
aivoverenkiertohairio/sairastu-
men-jalkeen/kuntoutuminen/](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio/sairastu-
men-jalkeen/kuntoutuminen/)

16 Fearon P, Langhorne P. Early
Supported Discharge Trialists.
Services for reducing duration of
hospital care for acute stroke
patients. Cochrane Database Syst
Rev 2012;9:CD000443

17 National Institute for Health and
Care Excellence. Stroke
rehabilitation in adults. Clinical
guideline 162 (päivitetty
kesäkuussa 2013). [https://
www.nice-org-uk.helios.uta.fi/
guidance/cg162](https://www.nice-org-uk.helios.uta.fi/guidance/cg162)

Aivoliiton aloitteesta on tehty aivoveren-
kiertohäiriöiden kuntoutuksesta kaksi selvitystä.
Niissä kerättiin tietoja koko Suomesta haastat-
telujen ja kirjallisten lomakkeiden avulla. Hoi-
totaso vaihteli alueittain ja oli suurimmassa
osassa maata riittämätön (9,13). Noin neljäs-
osassa terveyskeskuksista oli pulaa fysiotera-
peuttien tai sosiaalityöntekijöiden antamista
avokuntoutuspalveluista. Yli 70 %:ssa terveys-
keskuksista ei ole riittävästi toimintaterapeut-
teja, puheterapeutteja tai neuropsykologeja
avokuntoutuksen tarpeeseen nähden (9).

Avokuntoutus järjestyi Päijät-Hämeessä mel-
ko hyvin. Aivoliiton suosituksen mukaan 40 %
potilaista tarvitsee pitkäaikaista kuntoutusta ai-
voverenkiertohäiriön jälkeen (15). Tutkimuk-
sessamme suosituksen avokuntoutukseen sai
noin kolmasosa ja suosituksista toteutui keski-
määrin 75 %. Jonkin verran potilaita jää siis
vaille tarvitsemaansa kuntoutusta, ja sen vuoksi
he eivät välttämättä pääse saavutettavissa ole-
vaan toimintakykyyn. Suosituksia jää myös kir-
jaamatta, koska terapioihin ohjautui suosituksia
saaneita suurempi joukko.

Varhainen siirtyminen kuntoutusosastolta
kotiin vaikuttaa myönteisesti potilaan lopulli-
seen itsenäiseen toimintakykyyn ja vähentää ul-
kopuolisen avun tarvetta (9,13). Aivoveren-
kiertohäiriöpotilaiden kuntouttamisessa tulisi pyr-
kiä varhennetun tuetun kotiuttamisen malliin,
jossa osastolla aloitettua moniammatillista kun-
toutusta jatketaan avomuotoisena heti, kun po-
tilaan toimintakyky mahdollistaa turvallisen
asumisen (16,17). Tutkimuksessamme vain va-
jaa viidennes sai kotona annettavaa kuntoutus-
ta.

Kotiutumisen jälkeinen katko kuntoutukses-
sa ennen ensimmäistä avokuntoutusta vaihteli
merkittävästi hoitolaitoksittain. Erikoissairaan-
hoidosta kotiutuneiden avokuntoutus alkoi sel-
västi aikaisemmin kuin muiden. Todennäköi-
sesti Lahdessa jo tuolloin käynnissä ollut koti-
kuntoutus nopeutti kuntoutukseen pääsyä eri-
koissairaanhoidosta. Terveyskeskusten vuode-
osastojen ja neurologisen kuntoutusosaston jäl-
keen potilaat joutuivat odottamaan kuntoutuk-
seen pääsyä vajaasta kolmesta viikosta jopa kol-
meen kuukauteen. Näiltä osastoilta suositeltiin
enemmän toimintaterapiaa kuin erikoissairaan-
hoidosta. Toimintaterapian saatavuus on ilmei-
sesti ollut alimitoitettua. Lisäksi neuropsykolo-
giseen kuntoutukseen on joutunut jonotta-
maan. Neurologiselta kuntoutusosastolta koti-
utumisen yhteydessä toimintakyky on voinut olla
myös niin hyvä, että kuntoutuja on ohjattu esi-
merkiksi vain ryhmämuotoiseen kuntoutuk-
seen, jonka alkamista hän on odottanut.

Brittiläisen hoitosuosituksen mukaan avo-
kuntoutukseen siirryttäessä tulee huolettaa ter-
apioiden jatkuvuudesta (17). Optimaalinen
kuntoutus jatkuu yhtämittaisesti ainakin vuo-
den ajan sairastumisen jälkeen (7). Hidas avo-
kuntoutuksen järjestäminen katkaisee laitok-
sessa aloitetun kuntoutuksen ja voi vaikuttaa
kielteisesti potilaan lopulliseen toimintakykyyn.

Avokuntoutuksia toteutuivat paremmin pie-
nemmissä yksiköissä kuin isossa kaupungissa.
Kolmannes suosituksen saaneista Lahden pe-
ruspalvelukeskuksen potilaista ei aloittanut avo-
kuntoutusta. Pienemmissä palvelukeskuksissa
toteutumattomien kuntoutusten osuus oli noin
puolet pienempi. Tiedon siirtyminen voi sujua
pienemmissä yksiköissä paremmin. Alueen
suurin peruspalvelukeskus oli myös ainoa, jos-
sa oli eri tietojärjestelmä kuin erikoissairaan-
hoidossa.

Osastolta kotiutumisen jälkeistä toimintaky-
kyä kuvaavia tietoja oli kirjattu niukasti. Saim-
me kuvattua toimintakykyä mRS:n perusteella
vain alle puolella kuntoutujista (44 %). mRS:n
luokittelu kotiutumisen jälkeisen ensimmäisen
käynnin tietojen perusteella vähentää tuloksien
luotettavuutta ja antaa vain karkean arvion kun-
toutujan toimintakyvystä.

Eniten suosituksia avokuntoutukseen saivat
liikkumiskykynsä säilyttäneet kuntoutujat, jotka
olivat jännösoireiden vuoksi päivittäisessä
avun tarpeessa (mRS 3). Aiemmassa artikkelis-

SIDONNAISUUDET

Santeri Kuivanen: Ei sidonnaisuuksia.
Marja Mikkelsen: Luentopalkkiot ja matkakulut (Medtronic, MSD, Orionpharma, Pfizer, Professio, Nuori Lääkäri yhdistys, Lääkäripäivät), tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim).

samme totesimme, että mitä suurempi toimintarajoite, sitä enemmän heti akuuttivaiheessa erikoissairaanhoidossa annettiin kuntoutussuosituksia mRS-luokkaan 3 asti. Sen jälkeen todennäköisyys pieneni (10). Tämän tutkimuksen tulos oli samansuuntainen, vaikka suosituksia annettiin eri hoitopaikoissa ja kuntoutumisen eri vaiheissa. Avokuntoutus kohdistetaan oletettavasti niihin kuntoutujiin, joiden tavoitteena on palautua toimintakyvyltään itsenäisiksi. Kuntoutuksen suuntaaminen niille, joiden toimintarajoite on pieni (mRS 1–2), on todennäköisesti tuloksellista pienellä panostuksella. Myös täysin oireettomille suositeltiin kuntoutusta. Heidän kuntoutukseensa voi liittyä sekundaaripreventiivinen ja ylläpitävä näkökulma, jos toimintakyky on jo heikentynyt esimer-

Avokuntoutuksen tulisi käynnistyä kotiutumisen jälkeen viiveettä.

kiksi iän vuoksi.

Vaikka tutkimuksemme tulokset kuvaavat yhden sairaanhoitopiirin toimintaa, muissa sairaanhoitopiireissä on todennäköisesti samankaltaisia ongelmia (9,13). Avokuntoutussuosituksia annettiin hoitopaikoittain vaihtelevasti. Huolestuttavaa oli, että osa suosituksia saaneista ei saanut kuntoutusta. Toimintakyky on voinut palautua eikä kuntoutusta ole tarvittu, mutta tiedon olisi pitänyt löytyä potilasasiakirjoista. Osa potilaista ei ehkä ole ymmärtänyt ottaa itse yhteyttä terveyskeskukseen, vaan on jäänyt odottamaan kutsua kuntoutukseen. Hoitoketjun pitäisi toimia niin, että tällaista ei pääse tapahtumaan. Toisaalta useat kuntoutujat, jotka eivät saaneet suositusta, osallistuivat kuntoutukseen eli kuntoutuksen tarve oli todettu myöhemmin tai kirjaamisessa on ollut puutteita.

ENGLISH SUMMARY

www.laakarilehti.fi

in english

Outpatient rehabilitation after stroke in the Päijät-Häme Joint Authority for Health and Social Care

TÄMÄ TIEDETTIIN

- Aivoverenkiertohäiriöpotilaiden toimintakyky voidaan parantaa kuntoutuksella ainakin vuoden ajan sairastumisen jälkeen.
- Kuntoutuksen järjestymisessä on alue-eroja.

TUTKIMUS OPETTI

- 38 % aivoverenkiertohäiriöpotilaista sai jotakin avokuntoutusta sairaalasta kotiutumisen jälkeen.
- Neljännes kuntoutussuosituksia saaneista ei aloittanut avokuntoutusta, ja toisaalta kuntoutukseen ohjautui potilaita, jotka eivät olleet saaneet suositusta kotiutumisen yhteydessä.
- Avokuntoutuksen alkaminen kotiutumisen jälkeen vaihtelee hoitopaikoittain. Kuntoutumisen kannalta haitallisia katkoksia voi syntyä.

Aivoverenkiertohäiriöiden avokuntoutuksen toteutumisessa havaittiin vaihtelua peruspalvelukeskusten välillä. Kuten aikaisemmassa, osastokuntoutukseen keskittyvässä tutkimuksessa todettiin (9), myös kotiutumisen jälkeistä kuntoutusta pitää kehittää. Avokuntoutuksen tulisi käynnistyä kotiutumisen jälkeen viiveettä ja kotikuntoutuksen osuutta tulisi lisätä. Näiden tavoitteiden toteutumiseksi voidaan tarvita lisää resursseja, mutta lisäksi kuntoutujalähtöisiä, selkeitä ja yhdenmukaisia hoito- ja kuntoutusketjuja sekä huolellista kirjaamista. ●

Kiitokset tutkimusapulaisille Rosanna Curiqueo Tarnaselle, Heli Kuuluvaiselle, Samu Soinille ja Inka Nummelalle aineiston keräämiseen ja tallennukseen osallistumisesta sekä biostatistikko Hannu Kautiaiselle tilastollisten menetelmien konsultoinnista. Tutkimukseen on saatu Päijät-Hämeen keskussairaalan vanha EVO-rahoitus ja Valtion tutkimusrahoitus.

SANTERI KUIVANEN
B.M.

MARJA MIKKELSSON
Docent, Specialist in Physical and
Rehabilitation Medicine, Chief of
Rehabilitation
Päijät-Häme Health and Social
Care

Outpatient rehabilitation after stroke in the Päijät-Häme Joint Authority for Health and Social Care

BACKGROUND Stroke patients benefit from rehabilitation for at least one year after the onset of symptoms. The aim was to investigate how recommended outpatient rehabilitation was put into practice in the Päijät-Häme district, and to determine differences within the region.

METHODS Retrospective study based on the patient registry data. Data were collected over the first year on patients at Päijät-Häme Central Hospital who had been diagnosed with acute stroke (I60–I64) in 2013.

RESULTS Some 34% of the 344 patients received a recommendation for outpatient therapy, and 38% received outpatient therapy during the first year after the stroke. Of the patients who received a recommendation, 75% attended outpatient rehabilitation. Recommended outpatient therapies were carried out more often among patients of smaller primary care centres compared to those based in the city of Lahti. Site-specific differences were observed in the scheduling of outpatient rehabilitation.

CONCLUSIONS The outpatient rehabilitation of stroke patients was carried out fairly well in Päijät-Häme in terms of the recommendations of the Finnish Brain Association. More patients engaged in outpatient therapy than were given recommendations for it. It is possible that some of the rehabilitation recommendations were not registered at the time of discharge, which may hamper the rehabilitation process. The waiting time for outpatient rehabilitation was too long. More resources and consistent care practices are needed to develop clinical pathways and outpatient rehabilitation services.